



TITLE:

# 後腹膜血管腫の1例

AUTHOR(S):

佐々木, 進; 岸本, 武利; 前川, 正信; 村上, 憲一郎

---

CITATION:

佐々木, 進 ...[et al]. 後腹膜血管腫の1例. 泌尿器科紀要 1974, 20(8): 499-507

ISSUE DATE:

1974-08

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/121701>

RIGHT:

## 後腹膜血管腫の1例

大阪市立大学医学部泌尿器科学教室（主任：前川正信教授）

佐々木 進，岸 本 武 利，前 川 正 信

大阪市立北市民病院泌尿器科（科長：村上憲一郎博士）

村 上 憲 一 郎

RETROPERITONEAL HEMANGIOMA CONNECTED WITH  
CUTANEOUS LESIONS: REPORT OF A CASE AND  
REVIEW OF THE LITERATURE

Susumu SASAKI, Taketoshi KISHIMOTO and Masanobu MAEKAWA

*From the Department of Urology, Osaka City University Medical School**(Director: Prof. M. Maekawa, M. D.)*

Kenichiro MURAKAMI

*From the Department of Urology, Osaka Kita City Hospital**(Chief: K. Murakami, M. D.)*

A 24-year-old female was admitted to our clinic because of right flank mass and asymptomatic hematuria. She had received a surgical treatment of cutaneous hemangioma in the right back in childhood. There was hemangiomatous exanthema in the right back region which appeared to grow into the deep region and extend to the right back mass.

Intravenous pyelogram showed nothing particular but medial deviation of the right ureter. Abnormal hypervascularity supplied by lumbar arteries was seen in lumbar region that was identical with the retroperitoneal mass on abdominal aortogram.

At operation, it was obvious that the subcutaneous hemangiomatous tissue extended into the retroperitoneal tumor. The retroperitoneal tumor was extirpated as extensively as possible, and the subcutaneous lesion was only biopsied. Right kidney and ureter were not invaded.

Extirpated tumor was 17.5×11.5×9.0 cm in size and weighed 710 g. Histologically the retroperitoneal tumor was composed of venous hemangioma and hemangiopericytoma, the subcutaneous lesion was venous hemangioma, and the hemangiomatous exanthema was capillary hemangioma.

Recurrence was found in the right retroperitoneal space about six months later.

We discussed our own case in reference to other literatures.

## 緒

## 言

## 症

## 例

後腹膜血管腫はきわめてまれな疾患とされているが、最近われわれは皮膚血管腫と連続した本症の1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

患者：金沢某，24歳，主婦。

初診：1972年12月19日。

主訴：右側腹部腫瘍および肉眼的血尿。

家族歴：特記すべき疾患なし。

既往歴：生下時より右背部に血管腫様の皮疹があり、幼時に切除術をうけた。

現病歴：約4年前より無症候性肉眼的血尿が間欠的にあり、近医にて内科的治療をうけていたが、1972年12月1日に男児を出産したさいに右側腹部腫瘤を指摘され、同月19日に精査のため当科を受診した。

現症：体格小、栄養状態中等度、心肺は理学的に異常なし。左腎下極を触知するが、右腎、肝、脾は触知しない。左方に凸の著明な脊柱側弯があり、Fig. 1のごとく右背部に紡錘形の手術痕および相互に癒合した小球状の血管腫様の皮疹が多数みられ、これは深部に向かって発育し右側腹部腫瘤に移行していると思われる。腫瘤は小児頭大で双手的に触知し、表面平滑硬、可動性なく、圧痛を認めなかった。

入院時一般検査所見：血圧；100/62 mmHg。血液所見；RBC  $377 \times 10^4$ , Hb 12.4 g/dl, Ht 35.9%, WBC 3,800, その分画では好酸球が7%とやや高値を示した。血小板数  $24.1 \times 10^4$ , 出血時間5分30秒, 凝固時間8分。血液化学所見；総蛋白 8.5 g/dl, その分画に異常なく、肝機能検査では GOT 21 U, GPT 11 U, TTT 8.0 U, ZST 16.4 U, BUN および creatinine はそれぞれ 31.5 mg/dl, 1.04 mg/dl であった。血清電解質では Na 140 mEq/L, K 4.8 mEq/L, Cl 100 mEq/L, Ca 4.7 mEq/L であった。尿所見；蛋白尿および顕微鏡的血尿を認めた。

泌尿器科的検査所見：膀胱鏡検査では容量は250ml, 膀胱粘膜、尿管口に異常を認めなかったが、右尿管口からの尿排出はみられず、青排泄試験でも左側は6分で排泄を認めたが、右側は12分でも排泄を認めなかった。

レントゲンの検査所見：腹部単純レ線像では左方に凸の著明な脊柱側弯を認め、右腎および右腸腰筋の陰影は不明瞭で、右腎部下方に境界の不鮮明な大きい腫瘤陰影および上行結腸内ガスの内方への圧排像がみられた (Fig. 2)。注腸透視をおこなうと通過障害を認めなかったが、上行横行結腸は内方に圧排されていた (Fig. 3)。排泄性腎盂レ線像では Fig. 4 のように右尿管の著明な内方偏位がみられ、腹部大動脈レ線像では大動脈は左方に圧排され、右腎は上方に偏位し、その下方に腰動脈より血流をうけた不規則な走行を示す腫瘍血管が認められた (Fig. 5)。

以上の所見より後腹膜腫瘍の診断で1973年1月19日に手術を施行した。

手術所見：全身麻酔下で右腰部斜切開で後腹膜腔に

達したところ、黄色調の小児頭大腫瘍を認め、腫瘍は上方、下方、後方で周囲組織と著しく癒着し、右背部皮下の血管腫様組織が連続的に後腹膜腫瘍に移行していることがわかった。尿管にはいずれも腫瘍の浸潤を認めなかった。そこで後腹膜腫瘍のみを可能な限り広範囲に摘除し、皮下の血管腫様組織は広範囲にわたるため生検するにとどめた。

摘除標本：17.5×11.5×9.0 cm, 710 g の卵円形腫瘍で、断面は充実性、周辺は脂肪組織よりなっていたが、明らかな被膜は認められず、内部は血液に乏しい褐色の組織よりなっていた (Fig. 6)。

組織学的所見：Fig. 7 のように静脈腔よりなる部分、Fig. 8 のように外被細胞の増殖のみられる部分が混在していた。皮下の血管腫様組織は静脈腔より構成されており、右背部の血管腫様皮疹では真皮乳頭層に多数の毛細血管腔を認めた (Fig. 9)。いずれの組織も成熟した細胞よりなり悪性所見を認めなかった。

術後経過：術後経過は良好で術前やや高値を示した BUN および creatinine は1ヵ月後にはそれぞれ 11.0 mg/dl, 0.72 mg/dl と下降し、IVP によっても右腎および尿管走行に異常なく、術後46日目に軽快退院したが、約6ヵ月後に右後腹膜腔に再発を認め現在経過観察中である。

## 考 察

後腹膜腫瘍は比較的にまれな疾患とされているが、そのなかでも血管腫のしめる割合は2～3%<sup>1,2)</sup>にすぎない。文献上、後腹膜血管腫として報告されたものは、Harris (1929)<sup>3)</sup> による fibroangioma を第1例として欧米では21例、本邦では21例を数えるのみである。この42例に自験例を加えた43例についてそれらの症例を一括し報告するとともに (Table 1)、種々の面より若干の考察をおこなった。なお、大越ら<sup>4)</sup> は後腹膜腔に発生した血管腫か静脈瘤か疑わしい1例を報告しているが、組織所見が明らかにされていないので本症より除外した。

### (I) 年齢および性別

後腹膜血管腫の年齢分布は Table 2 に示すように新生児から68歳まで各年齢層にみられるが、30歳代が11例 (26%)、20歳代が10例 (23%) と約半数が青壮年層に認められている。そして男子に22例、女子に20例認められている。

### (II) 発 生

血管腫の発生病理は明らかではないが、一般的には先天性のものとされている。すなわち、Willis<sup>46)</sup> は胎



Fig. 1. Hemangioma in the right back.

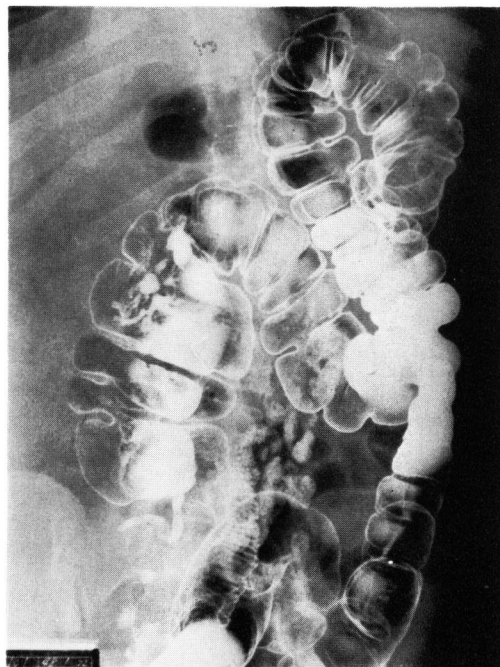


Fig. 3. Barium enema.

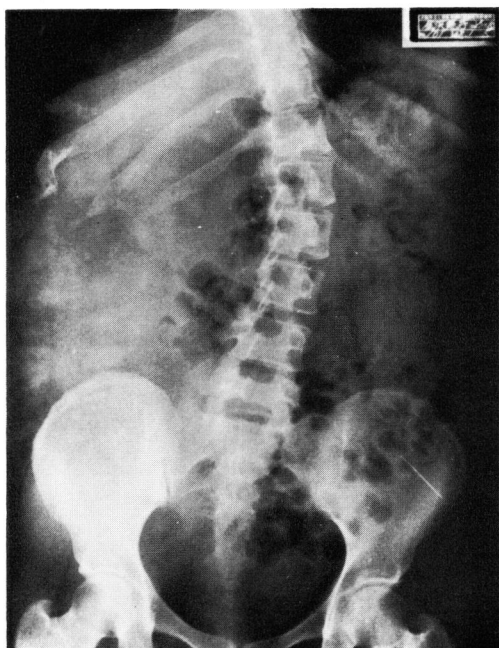


Fig. 2. Simple radiogram.



Fig. 4. IVP. Arrow: medially deviated ureter.

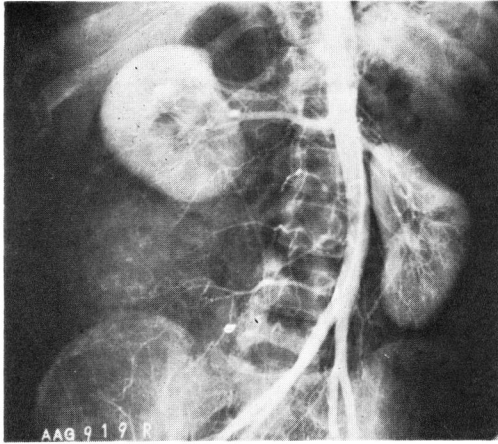


Fig. 5. AAG

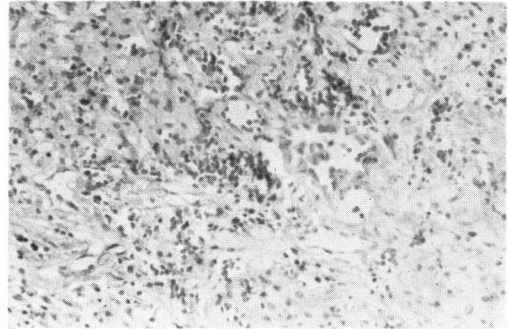
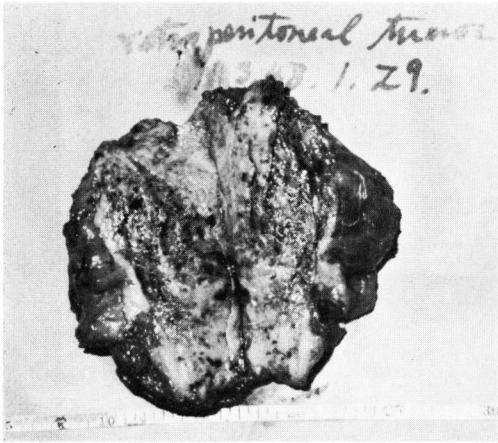
Fig. 8. Proliferation of pericytes  
HE staining ( $\times 400$ ).

Fig. 6. Extirpated retroperitoneal hemangioma.

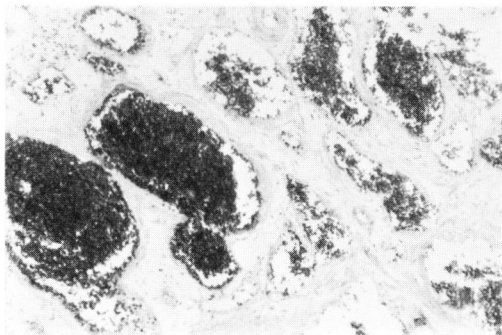
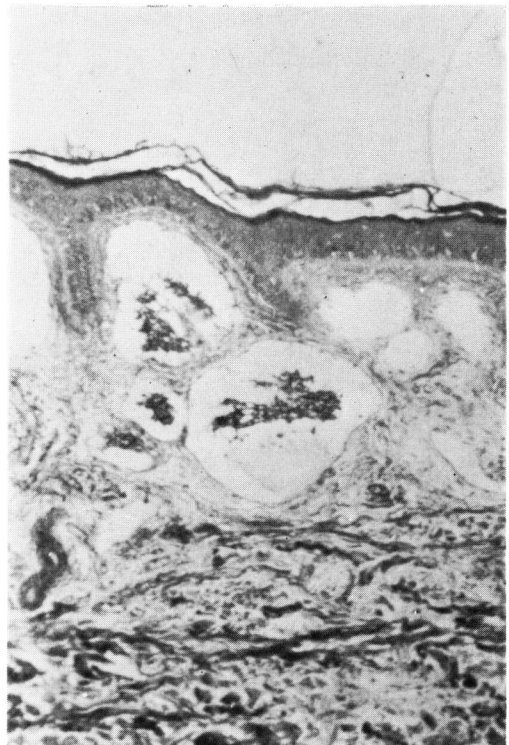
Fig. 7. Venous spaces, HE staining ( $\times 100$ ).Fig. 9. Capillary spaces,  
HE staining ( $\times 100$ ).

Table 1. 後腹膜血管腫内外報告例

症例	年度	著 者	年齢	性別	臨 床 症 状	腫瘍 触知	治 療	大 き さ	組 織 所 見	転 帰
1)	1929	Harris <sup>3)</sup>	59	男	左側腹部鈍痛	+	摘 除	10×7×6 cm	fibroangioma (encapsulated)	術後11日目、 死亡(cerebral embolism)
2)	1930	Frank <sup>5)</sup>	35	女	腹痛, 下腹部膨 隆, 便秘, 頻尿, 排尿痛	+	摘 除	記載なし しかし巨大	cavernous	2年後再発, 放射線治療に よりオレンジ 大に縮小
3)	1935	Tapfer & Just <sup>6)</sup>	23	女	下腹部痛	+	膀胱側壁とと もに摘除	小児頭大	capillary	5ヵ月後 再発の徴なし
4)	1940	林 <sup>7)</sup>	42	男	回盲部腫瘤	+	摘 除	手拳大	cavernous	12日後退院
5)	1944	Millman <sup>8)</sup>	32	男	腹部鈍痛	+	摘 除	large pineapple	cavernous	6週現在治癒
6)	1948	Warren & Ackerman <sup>9)</sup>	68	?	右下腹部痛 便秘	+	摘 除	1,020 g	hemangio- pericytoma (encapsulated)	10ヵ月後再発
7)	1950	Ward & Stewart <sup>10)</sup>	5ヵ 月	男	肛門出血, 皮膚 血管腫(右臀部, 仙骨部)	+	可能な限り 摘 除	massive 皮膚血管腫と 連続	cavernous	1ヵ月後死亡 (cerebral anoxemia)
8)	1950	Rubin & Dann <sup>11)</sup>	28	女	腹痛 月経困難	+	摘 除	10×7×6cm	hemangio- endothelioma (encapsulated)	2ヵ月後再発 放射線治療に より15年後の 剖検で消失
9)	1952	Forman & Campbell <sup>12)</sup>	40	女	下腹部痛 肛門裏急後重	+	摘 除	直径4~5 cm	hemangio- pericytoma (encapsulated)	1年後 直腸に再発
10)	1955	Aurelius et al. <sup>13)</sup>	新生 児	男	右側腹部 巨大腫瘤	+	摘 除	9×7×2 cm	cavernous	3時間後死亡 (lung atelectasis)
11)	1956	田代 <sup>14)</sup>	25	女	左下腹部腫瘤	+	摘 除	手拳2倍大	hemangio- endothelioma	1ヵ月後退院
12)	1958	Newman & White <sup>15)</sup>	58	男	肛門出血 (rectal polyp)	+	摘 除	155 g	capillary (encapsulated)	15日後退院
13)	1958	Hamsher et al. <sup>16)</sup>	59	女	血尿 性器出血	-	膀胱摘除, 左 尿管皮膚瘻術 尿管結紮, 子宮全摘除	?	cavernous	16日後退院 以後出血は消 失
14)	1958	鈴木・細田 <sup>17)</sup>	56	男	起立歩行障害 肛門周囲圧痛 左下腹部硬結	+	RC 4 Azulen 放射線治療	(巨 大)	(hemangio- endothelioma)	発症3年後死 亡(剖検)
15)	1960	泉・ほか <sup>18)</sup>	47	男	尾骨部疼痛 排尿排便障害	+	摘 除 ナイトロミン	13×8×5 cm 360 g	hemangio- pericytoma (encapsulated)	1年9ヵ月後 再発の徴なし
16)	1961	Todd et al. <sup>19)</sup>	23	男	左下腹部痛 発熱, 嘔吐	+	摘 除 回腸結腸吻合 術	巨 大	cavernous	入院後 146日目退院
17)	1962	湯浅・ほか <sup>20)</sup>	34	女	腹部膨満 右季肋部圧痛	+	摘 除	10×7×6cm	cavernous	?
18)	1963	森下・ほか <sup>21)</sup>	45	女	心窩部腫瘤	+	摘 除	12×11×4.2 cm 390 g	cavernous	29日後退院
19)	1963	布施・ほか <sup>22)</sup>	47	男	腹部腫瘤 貧血, テール便	+	十二指腸, 脾 頭, 胃幽門部 とともに摘除	12.5×11× 11.5 cm 1,080 g	hemangio- endothelioma (encapsulated)	3年後 再発の徴なし
20)	1964	Simon & Greene <sup>23)</sup>	18	男	見当識消失 (低血糖発作)	+	摘 除	13.5×14×7 cm 1000g	hemangio- pericytoma	術後低血糖は 改善2年後再 発の徴なし
21)	1964	Bücheler & Thurn <sup>24)</sup>	23	男	右上腹部	+	摘 除	成人頭大	myxomatous hemangioma	?

22)	1964	上野・中沢 <sup>25)</sup>	58	女	腹部腫瘍 (左側腹, 下腹部痛)	+	摘除	15×8×6 cm	hemangio- pericytoma (encapsulated)	1年以上経過 再発の徴なし
23)	1965	野村・小池 <sup>26)</sup>	41	男	左下腹部腫瘍	+	?	?	venous (?)	?
24)	1965	伊藤 <sup>27)</sup>	17	男	左腰部腫瘍	+	摘除 放射線治療	7×6×5 cm	hemangio- pericytoma (encapsulated)	退院11ヵ月後 再発
25)	1966	Douglas et al. <sup>28)</sup>	39	男	右臀部痛, 肛門 裏急後重, 排尿 障害, 頻尿	+	摘除	9×6 cm	hemangio- pericytoma (encapsulated)	6ヵ月後 再発の徴なし
26)	1967	Alvola & Isomäki <sup>29)</sup>	27	女	右下腹部腫瘍 腹痛	+	摘除	手拳大	venous	10ヵ月後 再発の徴なし
27)	1967	De Villiers et al. <sup>30)</sup>	38	男	左臀部痛, 跛行, 便秘	+	摘除	7.5×5 cm	hemangio- pericytoma	3ヵ月後退院 以後放射線治 療
28)	1967	武田・古田 嶋 <sup>31)</sup>	54	男	腰痛, 会陰部痛 排尿痛, 排尿障 害	+	精囊腺とともに 摘除	4×4×3.8 cm 20 g	hemangio- endothelioma	?
29)	1967	安井・ほか <sup>32)</sup>	50日	男	右側腹部腫瘍	+	摘除	10×7×7 cm 28 g	capillary + cavernous	?
30)	1967	中村・ほか <sup>33)</sup>	28	女	心窩部痛 心窩部腫瘍	+	脾尾側, 脾と ともに摘除	7.5×6×6 cm	capillary (encapsulated)	?
31)	1968	糸井・ほか <sup>34)</sup>	18	男	?	?	?	?	hemangio- pericytoma	?
32)	1969	田崎 <sup>35)</sup>	38	女	?	?	?	?	hemangio- pericytoma	?
33)	1969	篠崎・ほか <sup>36)</sup>	31	男	左胸部痛 呼吸困難	-	<sup>60</sup> Co 抗癌剤	(成人頭大)	(hemangio- endothelioma)	6ヵ月後死亡 (剖検)
34)	1970	Hakala et al. <sup>37)</sup>	24	女	下腹部腫瘍 頻尿	+	摘除	17×17×20 cm 1,200 g	hemangio- pericytoma (encapsulated)	?
35)	1970	清島・ほか <sup>38)</sup>	38	男	腹痛 左側腹部腫瘍	+	摘除 放射線治療	10×8×4.5 cm 350 g	リンパ球浸潤ともな った hemangioma	3年後 再発の徴なし
36)	1971	石橋・ほか <sup>39)</sup>	54	男	頻尿 残尿感	+	摘除	4×6×9 cm 140 g	cavernous	?
37)	1971	原・ほか <sup>40)</sup>	39	女	上腹部膨満感 左上腹部腫瘍	+	摘除, 胃全摘, 摘脾, 脾尾部 切断	3,000 g	cavernous	2日後死亡 (急性循環不 全)
38)	1972	Price et al. <sup>41)</sup>	9日	女	左臀部腫瘍 うっ血性心不全	+	摘除	?	hemangio- endothelioma	2週後良好
39)	1972	Powis & Rushton <sup>42)</sup>	26	女	腹部膨隆	+	摘除	23×16×10 cm	venous	14日後退院
40)	1973	Hart & Sisely <sup>43)</sup>	37	女	下腹部腫瘍	+	被膜の1部を 直腸壁に残し て摘除	直径 9 cm	hemangio- pericytoma (encapsulated)	遺残した被膜 より再発, 6 年後には直径 4 cm
41)	1973	Kasubuchi et al. <sup>44)</sup>	20日	女	腹部腫瘍 貧血	+	生検 corti- costeroid	?	cavernous (encapsulated)	10日後腫瘍消 失 5ヵ月現在 健在
42)	1973	松岡・木村 <sup>45)</sup>	33	女	腹部腫瘍 (右下腹側腹部)	+	摘除	13.4×11× 8.2 cm 410 g	cavernous	?
43)	1974	自験例	24	女	右側腹部腫瘍血 尿	+	摘除	17.5×11.5× 9 cm 710 g	venous + hemangio- pericytoma	6ヵ月後再発

Table 2. Age

年齢	0～9	10～19	20～29	30～39	40～49	50～59	60～
例数	5	3	10	11	6	7	1
(%)	(12)		(23)	(26)	(14)	(16)	

生期の間葉細胞より発生するとし、Ewing<sup>47)</sup>は発生過程にある特定の血管の奇形によるものとし、また Ribbert<sup>48)</sup>は胎生期の遺残組織から発生するとしており一般的な腫瘍とは考えられないとしている。

血管腫は皮膚に好発するが、皮膚のみならず他臓器にも発生を認める場合がある。Fitzwilliams<sup>49)</sup>によれば皮膚の血管腫の約16%は多発する傾向を有し、なかには異なった組織に発生する場合もあり、その発育は神経支配と密接な関係をもつとしている。その代表的な症例として Aurelius<sup>13)</sup>が第4腰神経領域に発生した皮膚と後腹膜腔の cavernous hemangioma の1例を報告している。自験例では後腹膜血管腫と皮膚血管腫が連続していたが、とくに神経支配との関連性はみられなかった。

皮膚血管腫と後腹膜血管腫の連続性については異論のあるところであるが、われわれは Anderson<sup>50)</sup>のいう浸潤による連続性と解している。すなわち、皮膚、皮下組織、筋層、後腹膜腔のいずれかの組織より発生した血管腫が浸潤しながら周囲に発育し、それぞれが連続性を有するようになったと思われる。しかし、Fitzwilliams のいう多中心発生によるものとも考えられる。すなわち、自験例にみられた脊柱側弯を発育期にある脊柱への後腹膜血管腫の圧迫によるものと考えられるならば、後腹膜血管腫は幼時よりすでに存在していたのであろうと推測でき、先天性に多中心発生したとも考えられる。文献上見いだした唯一の類似症例は Ward and Stewart<sup>10)</sup>の報告例で、これは5カ月の男児にみられた cavernous hemangioma で臀部皮膚血管腫と骨盤腔血管腫が連続しており、完全摘除できず術後1カ月に死亡している。

### (Ⅲ) 分類

血管腫の病理学的分類については種々なされているが、Armed Forces Institute of Pathology<sup>51)</sup>のものを引用すると Table 3 のように組織学的所見のみから良性と悪性に大別し、前者をさらに7つの型に分けている。この分類によると hemangiopericytoma と hemangioendothelioma を良性に分類しているが、Scanlan<sup>1)</sup>のように悪性とするもの、あるいは臨床的に悪性の場合特に malignant hemangiopericy-

toma あるいは malignant hemangioendothelioma と呼ぶものもありこれらについては統一された見解はない。

Table 3. Pathological classification  
(Armed Forces Institute of Pathology)

Hemangioma
Benign
Malignant
Histological classification
Spongy type
1. Capillary
2. Cavernous
3. Venous
4. Arteriovenous
Relatively solid type
5. Sclerosing
6. Hemangiopericytoma
7. Hemangioendothelioma

この分類法によると38例中 cavernous hemangioma が13例 (34%)、hemangiopericytoma が12例 (32%)と多くみられ、次いで hemangioendothelioma が7例、capillary hemangioma が3例、venous hemangioma が3例となる。

自験例は venous hemangioma と hemangiopericytoma が混在していたが、このような混合型は珍しく自験例の他には capillary hemangioma と cavernous hemangioma の混在していた安井ら<sup>32)</sup>の1例をみるのみである。

Spongy type, solid type のいずれにも被包されたものがあるが、後者のほうが19例中10例 (53%)と被包されている傾向は強く、前者では20例中3例 (15%)にすぎない。しかし、肉眼的に被包されていても被膜自身が腫瘍細胞の浸潤をうけていることがしばしばで、組織学的に被膜を確認することは困難である。このような意味からもたとえ肉眼的に被包されたものでも外科的摘除にさいしてはできるかぎり広範囲に摘除しなければならない。

### (Ⅳ) 症状

記載のある41例についてその臨床症状をみると多岐にわたっているが、腹部腫瘤あるいは腹部膨満・膨隆が23例 (56%)と最も頻度が高く、次いで腹痛が13例 (32%)である。



また6例に頻尿、残尿感、排尿痛、排尿障害などの下部尿路症状がみられ、便秘、肛門裏急後重などの排便障害も6例に認められ、計12例(30%)は腫瘤による尿路または消化器への圧迫症状が主症状となっている。他覚的には直腸診を含めて腹部に腫瘤を触知したものが39例(95%)とほとんどの症例に認められている。

自験例にみられた血尿は術後消失したことより腫瘍の尿路への浸潤よりはむしろ圧迫によるものと考えられる。Hamsher ら<sup>10)</sup>は多量の血尿および性器出血をきたした例を報告しているが、これは膀胱および子宮が血管腫により直接おかされたためにみられたものである。これに類似した症例として十二指腸に穿孔し多量の消化管出血をきたした布施ら<sup>22)</sup>の報告例があげられる。しかし、このような例はむしろ珍しく一般的には周囲臓器は圧迫を受けるのみである。

後腹膜腫瘍のなかには内分泌機能と関連するものがあり、低血糖による見当識消失を主症状とし血管腫摘除後血糖値が正常に復した Simon and Greene<sup>23)</sup>の症例および原ら<sup>40)</sup>の甲状腺機能亢進症を合併した症例があげられるが、このような血管腫と内分泌機能との関係は明らかではない。

Price ら<sup>41)</sup>の症例のように動静脈短絡血流量が大きければ心不全をきたすこともある。

以上のように腫瘤の自覚あるいは触知以外に後腹膜血管腫に特有の症状はないが、腫瘍の発育増大とともに周囲臓器への圧迫症状が出現する。とくに下部結腸、直腸を圧迫することにより肛門裏急後重、便秘などの排便障害を、膀胱を圧迫することにより頻尿、排尿痛、残尿感などの排尿障害をきたす。本症にみられる腹痛も腫瘍の周囲臓器への圧迫あるいは腫瘍自身の血栓形成によるものと考えられ、結局、後腹膜血管腫の主症状は腫瘤形成と圧迫症状である。したがって腫瘍が発育増大することが初発症状となるため年齢分布も青壮年層に多いものと考えられる。

#### (V) 診 断

後腹膜血管腫を術前に診断することはほとんど不可能である。しかし、皮膚あるいは他臓器に血管腫がみられる場合、その多発傾向を考えて本症をまず疑う必要がある。後腹膜腫瘍としての診断には種々のレントゲンの検査がおこなわれるが、IVP、CG がとくに重要であり尿路の圧排偏位は重要な所見である。

つぎに腹部大動脈撮影についてであるが、Hamsher ら<sup>10)</sup>は本法によって血管腫の明瞭な輪郭がえられるとしその重要性を強調しているが、このような所見は他

の種類の腫瘍においてもみられるので本症に特異的な所見ではなく、診断的価値は高くない。しかし、本法によって血管腫への血流がわかることが多いので外科的治療をおこなううえで重要である。

#### (VI) 治療と予後

後腹膜血管腫を早期診断、早期治療することはその位置的性格上および病態生理学上非常に困難であり、治療する段階ですでに増大しており根治困難なことが多い。

外科的摘除をおこなう場合、可能なかぎり広範囲に摘除すべきであるが、被包されていないものでは完全摘除は困難である。しかし、solid type で被包されており完全摘除されたと思われる8例中4例に再発を認めていることは注目に価する。これはおそらく腫瘍細胞の浸潤した被膜のとり残しによるものであろう。事実 Hart and Sisely<sup>43)</sup>は直腸壁に被膜をとり残し再発を認めた例を報告している。

本症に対する放射線治療はcapillary hemangiomaを除きあまり有効ではないとされている。しかし、本法により腫瘍が完全に消失していたhemangioendotheliomaの症例(Rubin and Dann<sup>11)</sup>)および腫瘍の縮小を示したcavernous hemangiomaの症例(Frank<sup>3)</sup>)もあるので組織型のいかんをとわず放射線治療を試みるべきであると考ええる。

Kasubuchi ら<sup>44)</sup>はcorticosteroidの投与により腹部腫瘤を消失せしめた症例を報告し、その作用機序は明らかではないが、血中のcorticosteroid levelの変化によるものであろうとしている。

本症の予後については記載のある32例中、再発7例、死亡6例とその治療成績は不良である。そして再発した7例中の5例はsolid typeでしかも被包されていたことは注目に価する。また死亡した6例のうち4例は手術死亡でありAurelius ら<sup>13)</sup>および原ら<sup>40)</sup>の2症例はいずれも術後早期に死亡しているが、これは巨大な血管腫の摘除により急激な循環動態の変化をきたしたためと考えられる。そして他の2例は手術不能なhemangioendotheliomaであった。

本症に対しては被包されていてもできるかぎり広範囲に摘除し、たとえ組織学的に良性でも悪性化する可能性を有しており、再発率も高いので臨床的には悪性腫瘍としてとり扱い長期にわたる観察が必要である。

## 結 語

1) 24歳の女子にみられた後腹膜血管腫が皮膚血管腫と連続性を有していたがわめてまれな1例を報告した。

2) 後腹膜血管腫として報告されている42例および自験例を加えた43例について文献の考察をおこなった。

本論文の要旨は1974年2月16日、第66回日本泌尿器科学会関西地方会において発表した。

## 文 献

- 1) Scanlan, D. B.: J. Urol., **81**: 740, 1959.
- 2) 杉村克治：臨床皮泌, **20**: 65, 1966.
- 3) Harris, A.: J. Urol., **21**: 181, 1929.
- 4) 大越正秋・ほか：日泌尿会誌, **51**: 106, 1960.
- 5) Frank, R. T.: Am. J. Obst. & Gynec., **20**: 81, 1930.
- 6) Tapfer, S. and Just, E.: Zentrabl. f. Gynäk. Geburtssch., **59**: 727, 1935.
- 7) 林 炎堃：日外会誌, **41**: 517, 1940.
- 8) Millman, M.: J. A. M. A., **124**: 773, 1944.
- 9) Warren, S. and Ackerman, L.: Quoted by Hamsher et al.
- 10) Ward, G. E. and Stewart, E. H.: Am. J. Surg., **80**: 470, 1950.
- 11) Rubin, S. and Dann, D. S.: Am. J. Roentgen., **63**: 545, 1950.
- 12) Forman, I. and Campbell, W. N.: Am. J. Obst. & Gynec., **63**: 929, 1952.
- 13) Aurelius, J. R. et al.: Minn. Med., **38**: 32, 1955.
- 14) 田代孝男：日外会誌, **57**: 292, 1956.
- 15) Newman, H. R. and White, R. R.: J. Urol., **79**: 811, 1958.
- 16) Hamsher, J. B. et al.: J. Urol., **80**: 299, 1958.
- 17) 鈴木二郎・細田 峻：癌の臨床, **4**: 480, 1958.
- 18) 泉 雄勝・ほか：癌の臨床, **6**: 167, 1960.
- 19) Todd, W. A. et al.: Milit. Med., **126**: 913, 1961.
- 20) 湯浅幹也・ほか：日内誌, **50**: 1154, 1962.
- 21) 森下和郎・ほか：手術, **17**: 267, 1963.
- 22) 布施為松・ほか：外科治療, **8**: 704, 1963.
- 23) Simon, R. and Greene, R. C.: J. A. M. A., **189**: 155, 1964.
- 24) Bücheler, E. and Thurn, P.: Fortschr. Roentgenstr., **101**: 210, 1964.
- 25) 上野晃司・中沢 洪：外科治療, **11**: 499, 1964.
- 26) 野村節夫・小池緩夫：信州医誌, **14**: 411, 1965.
- 27) 伊藤 基：癌の臨床, **11**: 889, 1965.
- 28) Douglas, J. L. et al.: Brit. J. Surg., **53**: 31, 1966.
- 29) Arvola, I. and Isomäki, M.: Acta Chir. Scand., **133**: 87, 1967.
- 30) DeVilliers, D. R. et al.: Clin. Radiol., **18**: 318, 1967.
- 31) 武田正雄・古田嶋昭吾：日泌尿会誌, **58**: 894, 1967.
- 32) 安井 孝・ほか：日外会誌, **68**: 299, 1967.
- 33) 中村嘉三・ほか：外科診療, **9**: 605, 1967.
- 34) 糸井純三・ほか：日外会誌, **69**: 950, 1968.
- 35) 田崎 享：日泌尿会誌, **60**: 483, 1969.
- 36) 篠崎達世：日医放誌, **28**: 1425, 1969.
- 37) Hakala, T. R. et al.: Urol., **103**: 436, 1970.
- 38) 清島茂寿・ほか：泌尿紀要, **16**: 10, 1970.
- 39) 石橋久幸・ほか：日泌尿会誌, **62**: 345, 1971.
- 40) 原 敬造・ほか：交通医学, **25**: 36, 1971.
- 41) Price, A. C. et al.: New Engl. J. Med., **286**: 647, 1972.
- 42) Powis, S. J. A. and Rushton, D. I.: Brit. J. Surg., **59**: 74, 1972.
- 43) Hart, S. and Sisely, L.: Brit. J. Surg., **60**: 583, 1973.
- 44) Kasubuchi, Y. et al.: J. Pediat. Surg., **8**: 59, 1973.
- 45) 松岡 茂・木村秀枝：日外会誌, **74**: 294, 1973.
- 46) Willis, R. A.: Quoted by Aurelius et al.
- 47) Ewing, J.: Quoted by Aurelius et al.
- 48) Ribbert: Quoted by Aurelius et al.
- 49) Fitzwilliams, D. C. L.: Brit. M. J., **2**: 489, 1911.
- 50) Anderson, W.: Pathology, edit. by Anderson, 3rd edit., p. 539, The C. V. Mosby Co., St. Louis, 1957.
- 51) Landing, B. and Farber, S.: Quoted by Hamsher et al.

(1974年5月8日受付)